



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL
DEL CESAR

FECHA: 13-3-2026
HORA: 03:00 PM

VERSIÓN:	001
VIGENCIA:	03/02/2026

RECIBIDO: ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
NIT 824.003.142 - 0

DEBE A:

NOMBRE: MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ NUMERO 40.033.546 DV ☐ DE TUNJA

LA SUMA DE:

(LETRAS) DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS

(NUMEROS) \$ 2.300.000,00

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. C-089-2026 DESEMBOLSO No. 1 DE 5

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 30 DE ENERO DEL 2026 y 28 DE FEBRERO DEL 2026

FECHA: 13 DE MARZO DE 2026

DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 7 # 2 -222 SANTA ROSALIA

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: VALLEDUPAR - CESAR

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente): *1122

TELÉFONO 3204893030

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo párrafo del artículo 383, declaro bajo la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI ☒ NO ☐

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

Tomaré costos o deducciones asociados a los ingresos. SI ☒ NO ☐

(Marque una sola opción)

Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	NO
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	NO
Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda	NO
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	SI
Declaración juramentada de dependencia económica	SI

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de \$

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
Valentina Gomez			X		1.066.878.338	HIJA
Manuela Gomez	X				1003314485	HIJA

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL
DEL CESAR

FECHA: 13-03-2026

HORA: 03:00 PM

RECIBIDO: Javier Perez

Maria Fernanda Alba
FIRMA

 ASAMBLEA DEL CESAR	INFORME DE SUPERVISION INFORME 01 089 001 13032026	Versión Doc.: 02
		Fecha: 03/02/2026
		Páginas: Página 1 de 2

DATOS GENERALES

Número del Proceso	CD-089-2026	Número del Contrato	C-089-2026	Cuenta	01 de 05
--------------------	-------------	---------------------	------------	--------	----------

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	Prestación de Servicio de apoyo a la gestión	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contratista	MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA	
CC o NIT	40.033.546 EXPEDIDA EN TUNJA	
Contratante	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR	
Representante Legal	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ	
Fecha de Suscripción	29/01/2026	
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA"	
Plazo Inicial del contrato	CINCO (05) MESES	
Fecha de Inicio	30/01/2026	
Fecha Terminación	29/06/2026	
Valor Inicial del Contrato	ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$11.500.000) MCTE	
Valor Mensual	DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$2.300.000.00)	
Forma de Pago	La Asamblea del Cesar, pagara el valor del contrato de la siguiente forma: CINCO (05) MENSUALIDADES CUMPLIDAS, equivalentes a la suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$2.300.000.00) por mes de prestación de servicio.	
Supervisor	LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ Secretario General	

DATOS FINANCIEROS

Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal					
INICIAL	Tipo	código	Fecha	Rubro	Valor
	CDP	001	06/01/2026	2.1.2.02.02.008.03, PRESTACIONES DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	\$1.973.939.465
	RP	092	30/01/2026	2.1.2.02.02.008.03, PRESTACIONES DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	\$ 11.500. 000.00

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

INICIAL	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Aseguradoe	Vigencia
	Seguros del estado S.A. NIT.860.009578-6	47-46-101033880	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$1.150.000.00	29/01/2026 30/10/2026
	Aprobación de las Garantías		CO1 .WRT. 19288855 del 30 de enero 2026		

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
PENSIÓN	4642627161	\$ 384.000	2026/03/06	Febrero
SALUD	4642627161	\$300.000	2026/03/06	Febrero
ARL	4642627161	\$12.600	2026/03/06	Febrero

El suscrito supervisor en el cumplimiento de las obligaciones del contratista manifiesta que:

- Si ☐ No ☐

Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 30 de enero a 28 de febrero de 2026, relacionado en todas las actividades adelantadas bajo la dirección de la supervisión y verificada su veracidad según el objeto contractual
- Si ☐ No ☐

Cumple con el objeto del contrato de prestación de servicio profesionales en los términos establecidos
- Si ☐ No ☐

Cumple con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Si ☐ No ☐

Se da visto bueno para realizar el pago de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$2.300.000.00) MCTE de la siguiente manera:

Si ☒ No ☐

Cumple con las obligaciones del pago de seguridad social integral

Se da visto bueno para realizar el pago de **DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$2.300.000.00) MCTE** de la siguiente manera:

Si ☐ No ☐

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
092-2026	2.1.2.02.02.008.03 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	C-089-2026	\$2.300.000
Total			\$2.300.000

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo 30 de enero a 28 de febrero de 2026, correspondiente al Informe de actividades N° 01, de acuerdo al contrato C-089-2026.

Observaciones:

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministro en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que el contratista realizó los pagos por los valores correspondientes a los impuestos y publicaciones requeridos para la legalización del contrato y que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a Seguridad Social y que existe una correcta relación

Entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

Se firma en la ciudad de Valledupar – Cesar a los (13) días del mes de marzo del año 2026


LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
Secretario General

 ASAMBLEA DEL CESAR	INFORME DE ACTIVIDADES INFORME 01	Versión Doc.: 02
	084 001 13 03 2026	Fecha: 03/02/2026
		Páginas: Página 1 de 2

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe	Periodo a Cobrar
13 de MARZO de 2026	30 ENERO al 28 de FEBRERO de 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD		
CONTRATACION DIRECTA	Prestación de Servicio de apoyo a la gestión		PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Número del Proceso	CD-089-2026	Número del Contrato	C-089-2026	Fecha	29/01/2026
Contratista	MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA				
CC o NIT	40.033.546 EXPEDIDA EN TUNJA				
Objeto	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA"				
Valor Inicial del Contrato	ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$11.500.000) MCTE				
Plazo	CINCO (05) MESES				
Valor Mensual	DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$2.300.000.00)				
Fecha de Inicio	30/01/2026				
Supervisor	Nombre	LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ			
	Cargo	Secretario General			

ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
N	Obligación	Actividades Realizadas
1	Apoyar en las actividades asistenciales y administrativas del presidente de la Asamblea Departamental del Cesar.	❖ Apoye en el seguimiento de la agenda diaria del presidente, para tenerlo al tanto de los horarios de las sesiones ordinarias del mes de febrero.
2	Proyectar y tramitar documentos tales como: proposiciones, resoluciones, solicitudes, informes, pronunciamientos, certificaciones, entre otros, que sean requeridos por el presidente de la Corporación y por Secretaría General.	❖ Proyecte circular interna para Envío y trámite de cuentas por medio de correo electrónico a los contratistas de la asamblea Departamental del Cesar, con el fin de dar a conocer los parámetros de la recepción de los informes mensuales, para posteriormente ser enviada por el secretario general a los correos de los diferentes contratistas de la Corporación.
3	Apoyar las actividades del ejercicio de control político inherente a las funciones de un diputado dando tramite, soporte y apoyo para el desarrollo de las mismas.	❖ No fui requerida.
4	Participar en las reuniones con instancias internas y externas que le sean solicitadas con el fin de apoyar las funciones del presidente de la Corporación.	❖ Participe activamente en reuniones de carácter interno con el equipo de apoyo de la oficina de secretaria general, que tenían como fin organizar un plan de trabajo que se debía cumplir en el mes de febrero para un mejor funcionamiento administrativo en la recepción de documentos como: cuentas de cobro, proyecto de ordenanzas, ponencias entre otras.
5	Apoyar en el manejo de la agenda y notificación oportuna de los compromisos adquiridos por el presidente de la Corporación.	❖ No fui requerida
6	Brindar apoyo en la organización de los documentos allegados a la corporación (recibir, clasificar, distribuir y realizar seguimiento)	❖ Apoye en la organización de la invitación allegada a la asamblea departamental del cesar como: el aniversario por el fallecimiento de Jorge Oñate para su posterior entrega a los diputados.
7	Las demás que sean propias del objeto contractual solicitadas por el supervisor del contrato	

	(recibir, clasificar, distribuir y realizar seguimiento)	como: el aniversario por el fallecimiento de Jorge Oñate para su posterior entrega a los diputados.
7	Las demás que sean propias del objeto contractual solicitadas por el supervisor del contrato	
8	Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	❖ Se realizó la publicación a través de la plataforma SECOP II de los impuestos y estampillas de ley correspondientes al contrato N. 089, cumpliendo con los requisitos legales y administrativos exigidos por la normatividad vigente.
9	Publicar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II, los informes de ejecución generados de las actividades ejecutadas, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato.	

>

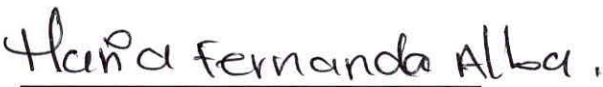
OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
Certifico, bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social En Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago				
TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
PENSIÓN	4642627161	\$ 384.000	2026/03/06	Febrero
SALUD	4642627161	\$300.000	2026/03/06	Febrero
ARL	4642627161	\$12.600	2026/03/06	Febrero

Para los efectos legales manifiesto lo siguiente:

- Cumplí con el objeto del contrato de prestación de servicio de apoyo a la gestión en los términos establecidos.
- Cumplí con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Cumplí con las Tareas y atendí sugerencias propuestas por la supervisión
- Toda la información aquí suministrada es verídica.

Documentos anexos

- Cuenta de Cobro
- Certificado bajo gravedad de juramento
- Soporte pago de la Seguridad Social
- Certificación Bancaria



MARIA FERNANDA ALBA

Contratista



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 40033546
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO: CESAR
DIRECCIÓN:	TR 7 2-78 CONJ RESIDENCIAL	TELÉFONO: 5838236
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4642627161	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN: MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996002960

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 384.000		
SUBTOTAL:			1	\$ 384.000		
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 300.000		
SUBTOTAL:			1	\$ 300.000		
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 12.600		
SUBTOTAL:			1	\$ 12.600		

VALOR SIN MORA:	\$ 696.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 696.600

EFFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N OS:	9633013478	DU:	582057
Cliente:		110263 PILA RECAUDO	
Fecha:		06/03/2026	11:43:13
Pap:		994994	
Identificacion:		40033546	
Nombre:		MARIA FERNANDA	
Apellido 1:		ALBA	
Apellido 2:		ALBA	
Tipo Documento:		CEDULA DE CIUDADANIA	
Telefono:		0000000000	
Codigo Planilla:		4642627161	
Periodo Pago:		2026/02	
Valor Comision:		0	
Valor Iva Comision:		0	
Referencia:	40033546	Valor:	\$696.600,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.
Para reclamaciones presente esta

Certificación Bancaria

Viernes, 13 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA identificado(a) con CC 40033546, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	19700002475	2021-07-30	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA identificado con CC. 40033546 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
Tipo y Numero de Documento	NI - 824003142

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/10	Fecha inicio contrato	2026/01/29
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/06/29
Riesgo	1	Código actividad económica	1702001 - Actividades de consultoría de gestión, incluye asesoría, orientación y asistencia operacional a empresas y
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09022026M40033546M7631228**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA

C.C 40.033.546

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de febrero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769484070000



Comprobante de pago de nómina

ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL | NIT 824.003.142-0

Cuenta origen		Cuenta destino	
Cuenta de Ahorros - *****0128 - COP		Cuenta de ahorros - *****2475 - COP	
Perfil del beneficiario		Tipo de beneficiario	
MAFE		PERSONA	
Titular de la cuenta		Tipo identificación beneficiario	
MARIA FERNANDA ALBA MIRANDA		Cédula de ciudadanía	
Número identificación beneficiario	Banco del beneficiario	Monto	
40033546	BANCOLOMBIA	\$2.300.000,00	
Moneda	Descripción		
COP	PAGO DE 1DE5 C089 2026 MARIA FERNANDA		
Referencia del pago	Fecha de aplicación	Estado de operación	
	18/MAR/2026 12:00:00 A. M.	Aceptado	
Número de operación		Dirección IP	
5bd2933f-310c-477e-bd46-e16d9b25913c		181.49.99.237	
Número de sistema			
22026180347028			

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

